



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
 FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE  
 PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

**MADÉLIN SAIR MARTÍNEZ TORRES**

|   |  |               |                            |   |             |
|---|--|---------------|----------------------------|---|-------------|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                     |  | 1,024,484,239 |                            |   |             |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                  | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ARTES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |               |                            |   |             |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5635 2024   |               | FECHA INICIO CONTRATO      | 20/11/2024                                |             |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | S 1,865,797  |               | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | CATORCE (14) DIAS                         |             |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | S 7,170,570  |               |                            | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | S 1,477,572 |
| Nº DE INFORME:  | 3  | Nº CRP:       | 48537                      | Nº CDP:                                   | 3690        |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS           | 1 MES 11 DIAS  |               |                            |   |             |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:            | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO  |               |                            |   |             |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30  |               |                            |   |             |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 2           | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 2                  | PRORROGAS | 1                          |
|------------------------------------|-------------|----------------------|-----------|--------------------|-----------|----------------------------|
| VALOR ADICIONADO                   | S 4,308,136 | CDP DE LA ADICIÓN:   | 4011      | CRP DE LA ADICIÓN: | 48850     | TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS |
| VALOR ADICIONADO                   | S 996,637   | CDP DE LA ADICIÓN:   | 4170      | CRP DE LA ADICIÓN: | 51192     | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |
| VALOR ADICIONADO                   |             | CDP DE LA ADICIÓN:   |           | CRP DE LA ADICIÓN: |           | TIEMPO PRORROGADO:         |

**III. POLIZAS**

|                                |     |                           |     |
|--------------------------------|-----|---------------------------|-----|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI  | NO                        | X   |
| Nº DE PÓLIZA:                  | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA             | N/A | FECHA DE APROBACIÓN:      | N/A |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**

|      |  |
|------|--|
| ÍTEM |  |
|------|--|

|    |  |
|----|--|
| 1  | <p>1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acciones requeridas para los productos de la estrategia CuidArte "cuidándonos a través del arte" del entorno cuidador comunitario para la promoción de la salud mental, condiciones crónicas, promoción de la salud sexual, promoción de la salud reproductiva, seguridad alimentaria y nutricional, sustancias psicoactivas, entornos ambientalmente saludables, vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se entregan los productos o evidencias correspondientes al mes de Diciembre, para la estrategia CuidArte, cuidándonos a través del arte</p>  |
| 2  | <p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación de cronograma individual y portafolio distrital para el producto 175 Jornadas más Bienestar temporada decembrina estrategia CuidArte, cuidándonos a través del arte.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Presentación del portafolio por localidades y cronograma individual correspondiente al mes de Diciembre 2024</p>  |
| 3  | <p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: "Presentación de soportes acorde al lineamiento técnico para el equipo CuidArte, cuidándonos a través del arte:</p> <p>Actividad A Implementación de actividades Cuidarte, cuidándonos a través del arte. Actividad B Sistematización y monitoreo de actividades producto 175 Jornadas más Bienestar temporada decembrina, estrategia cuidarte cuidándonos a través del arte. Actividad C Fortalecimiento de capacidades y autocuidado.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diarios de campo, formatos de sesiones colectivas, Acta de ensayo y alistamiento de la estrategia artística, soporte de encuesta y matriz, elaboración y actualización de guiones y creación de elementos plásticos, diligenciamiento de matriz diaria de puntos, Asistencia de los fortalecimientos de capacidades por parte de la SDS y reunión de entorno cuidador comunitario para el mes de Diciembre</p> |
| 4  | <p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega semanal de soportes correspondientes a lo ejecutado, garantizando proceso de precritica, pertinencia técnica, calidad del dato y veracidad, acorde a los planes de mejoramiento y estándares de habilitación y acreditación de la Subred Centro Oriente</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de actas de alistamiento, diarios de campo de acciones realizadas por localidades, formatos de sesiones colectivas de la actividad de implementación, realización de encuestas de percepción al 10%, registro fotográfico, diligenciamiento de bases en el drive, reporte diario de acciones artísticas, tablero de Diciembre y portafolio de servicios</p>  |
| 5  | <p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza apropiación conceptual como Profesional en Artes conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de apropiación conceptual para el convenio Diciembre</p>   |
| 6  | <p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: "Jornadas de asistencias técnicas del Entorno cuidador Comunitario Capacitaciones programadas por parte de la subred centro oriente y SDS</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a jornada de fortalecimiento soportados a través de actas de capacidades en el mes de Diciembre</p>   |
| 7  | <p>1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión semanal de soportes y bases resultado del producto CuidArte, cuidándonos a través del arte, actas de alistamiento, diarios de campo, formatos de sesiones colectivas, realización de encuestas de percepción al 10%, registro fotográfico, diligenciamiento de bases en el drive, reporte diario de acciones artísticas, tablero de cobertura y portafolio de servicios con calidad del dato.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de monitoreo precritica semanal para el mes de Diciembre</p>  |
| 8  | <p>1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se generan articulaciones con Análisis y Políticas, GPAISP, Alcaldía Mayor de Bogotá, Transmilenio para la implementación de acciones artísticas y desarrollo de Jornadas Inter seccionales.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diario de campo Sesiones colectivas Encuestas de percepción Registro fotográfico Que soportan las jornadas de articulación sectorial e intersectorial del mes de Diciembre</p>  |
| 9  | <p>1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Notificación de eventos en salud pública detectados durante el desarrollo producto 175 Jornadas más Bienestar temporada decembrina, estrategia cuidarte, cuidándonos a través del arte.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza notificación y cualización de los eventos del mes de Diciembre</p>   |
| 10 | <p>1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en las asistencias técnicas convocadas por la SDS para producto 175 Jornadas más Bienestar temporada decembrina, estrategia cuidarte, cuidándonos a través del arte acorde al lineamiento técnico establecido en la actividad D.</p>  |
| 11 | <p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza organización y entrega del archivo que contiene las acciones desarrolladas por el equipo de Acciones artísticas para la promoción de la cultura del cuidado en salud</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de gestión documental realizadas en el mes de Diciembre</p>   |
| 12 | <p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar de los espacios y acciones convocadas por la Subred Centro Oriente</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soportes derivados de la ejecución del mes de Diciembre</p>   |
| 13 | <p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar las actividades de educación en salud usando la música, el teatro, las artes plásticas, la danza, el clown, entre otras desde su competencia y perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diseñar y crear puestas en escenas, sketches, dispositivos artísticos y otras producciones artísticas, para promover hábitos de vida saludable y fomentar estilos de vida transmitiendo los mensajes prioritarios.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de alistamiento y ensayo, anexo el guion elaborado con las temáticas priorizadas para el mes de Diciembre</p>  |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                     |             |               |                   |
|---------------------|-------------|---------------|-------------------|
| No. DE PLANILLA:    | 947775286   | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA  |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:              | SALUD TOTAL | 10/12/2024    | \$ 162,500        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR    | 10/12/2024    | \$ 208,000        |
| RIESGOS LABORALES:  | POSITIVA    | 10/12/2024    | \$ 31,700         |
| OTRO                |             |               | \$ -              |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |             |               | <b>\$ 402,200</b> |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

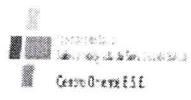
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MADELIN SAIR MARTINEZ TORRES**  
**CC: 1.024.484.239**  
**CEL. 3155193282**



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**  
**Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
 VERSIÓN: 6  
 FECHA: 2024-09-16

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

|                             |                              |                   |               |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|---------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> | MADÉLIN SAIR MARTÍNEZ TORRES | <b>CC:</b>        | 1.024.484.239 |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>  | madelinsair@gmail.com        | <b>RUT (NIT):</b> | 1024484239-8  |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b> | TV 35 A 79 50 SUR            | <b>TELÉFONO:</b>  | 3155193282    |
|                             |                              | <b>CIUDAD:</b>    | BOGOTÁ        |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| <b>NO</b> tomaré costos y deducciones | ( X ) |
| <b>SI</b> tomaré costos y deducciones | ( )   |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

|   |        |          |
|---|--------|----------|
| <b>Régimen Simple De Tributación</b> : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |
|---|--------|----------|

|  |                  |                        |         |                   |              |
|--|------------------|------------------------|---------|-------------------|--------------|
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>  | BANCO DAVIVIENDA | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS | <b>N° CUENTA:</b> | 002800058915 |
| <b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b> |                  |                        |         |                   |              |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

|                                 |              |                                       |             |               |   |  |
|---------------------------------|--------------|---------------------------------------|-------------|---------------|---|--|
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>         | PS 5635 2024 | <b>N° CDP:</b>                        | 4011 - 4170 | <b>N° RP:</b> | 48850 - 51192                                 | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> 1 MES 11 DIAS |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b> | 20/11/2024   | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b> | 31/12/2024  |               | <b>TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 7.170.570   |

**PERIODO OBJETO DE COBRO:** DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024

|   |  |
|---|--|
| <b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b> | \$ 1,477,572   |
|   | UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS |

*Madelin Sair Martinez*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** MADÉLIN SAIR MARTÍNEZ TORRES  
**CC:** 1,024,484,239  
**CEL:** 3155193282



|                  |  |                    |  |                   |  |                    |  |
|------------------|--|--------------------|--|-------------------|--|--------------------|--|
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |
| VALOR ADICIONADO |  | CDP DE LA ADICIÓN: |  | RP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: |  |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**



|                    |     |                                    |     |
|--------------------|-----|------------------------------------|-----|
| N° DE PÓLIZA:      | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:          | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS  | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?   | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |
| 3    | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?  | X  |    |
| 4    | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?  | X  |    |
| 5    | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?   | X  |    |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/12/2024 al 31/12/2024

|   |  |
|---|--|
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b> | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
|   | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>CLAUDIA IRNE SEGURA VERA<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION         |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                     |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1024484239                 |    | MARTINEZ TORRES MADELIN SAIR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TV 35 A 69 - 50 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7900280  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1114513202 | 9477775286 | I        | 2024/12/10 | 2024/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$402,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                   |                      |                  |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |              |     |     |     |
|--|----------------------|------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|--------------|-----|-----|-----|
| EMPLEADO   |                      |                  | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             | PARAFISCALES |     |     |     |
| No.  | Identificación       | Nombres          | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte       |     |     |     |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                      |                  |         |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700     | \$0 | \$0 |     |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                      |                  |         |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700     | \$0 | \$0 |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                      |                  |         |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700     | \$0 | \$0 |     |
| 1  | CC 1024484239        | MARTINEZ MADELIN | 230301  | 30   | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS002 | 30   | \$1,300,000 | \$162,500 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,300,000 | \$31,700     | 0   | \$0 | \$0 |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados( 1)</b> |                  |         |      | \$1,300,000 | \$208,000 |        |      | \$1,300,000 | \$162,500 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700     | \$0 | \$0 |     |

## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                     |                     |                  |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Telefono         | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1024484239                     |         | MARTINEZ TORRES MADELIN SAIR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TV 35 A 69 - 50 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7900280          | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                     |                     |                  |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               | Fecha               |                     | Pago             |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Límite              | Pago                | Banco            | Dias Mora             | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1114513202                   | 9477775286      | I                  | 2024/12/10          | 2024/12/10          | BANCO DAVIVIENDA | 0                     | \$402,200 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$208,000         | \$0            | \$0                    | \$208,000        |  |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$208,000         | \$0            | \$0                    | \$208,000        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$31,700          | \$0            | \$0                    | \$31,700         |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$31,700          | \$0            | \$0                    | \$31,700         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$162,500         | \$0            | \$0                    | \$162,500        |  |
| SALUD TOTAL                  | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$162,500         | \$0            | \$0                    | \$162,500        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$402,200</b>  | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$402,200</b> |  |



Madelin Martinez <madelinsair@gmail.com>

### PSE Transacción Aprobada - CUS 1114513202

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: madelinsair@gmail.com

10 de diciembre de 2024, 7:21



**¡Hola, Madelin sair martinez torres !**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓  
CUS: 1114513202  
Empresa: APORTES EN LINEA  
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477775286  
Valor de la Transacción: \$ 402.200  
Fecha de Transacción: 10/12/2024

#### Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que supianta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.